



**WELL CHILD EXAM -
ADOLESCENCE - 14 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE _____

ភាពពេញវ័យរាងៈ អាយុ 14 ឆ្នាំ

សំរាប់ផ្ទះពេញវ័យដើម្បីបំពេញអំពីខ្លួនឯង	ឈ្មោះរបស់កុមារ		ថ្ងៃខែកំណើត																						
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																							
	ធាតុ/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបាត់បង់ពិការភ្នែក/ស្តុសភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី:																						
	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។								
<table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> បាទ</td> <td><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td>ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។										
<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	<input type="checkbox"/> បាទ	<input type="checkbox"/> ទេ	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។																							

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision Screen R 20/ _____ L 20/ _____

	N	A	
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Hgb/Hct _____ TB Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/Weight Control After school supervision

Regular Physical Activity/Sports Seat Belt

Helmets Injury Prevention/Safety Tobacco Use

Drugs/Alcohol STD/HIV/AIDS

Abstinence/sex education Peer Pressure

Suicide/Depression Dental Care Self Exam

Other: _____

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

ADOLESCENCE: 14 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Urinalysis

Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពក្មេងឲ្យល្អ - ភាពពេញវ័យរវាង៖ អាយុ 14 ឆ្នាំ

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 14 YEARS

(ត្រូវទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំ EPSDT)

ថ្ងៃខែ

ភាពពេញវ័យរវាង៖ អាយុ 14 ឆ្នាំ

សំរាប់ផ្នែកពេញវ័យដើម្បីបំពេញ

ឈ្មោះរបស់កុមារ	ថ្ងៃខែកំណើត																												
ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																												
អាត្មា/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបាត់បង់ពិការភាពដ៏ធ្ងន់ធ្ងរពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ	ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី៖																												
<table border="0"> <tr> <td>បាទ ទេ</td> <td></td> <td>បាទ ទេ</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ខ្ញុំញាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td colspan="2">ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td colspan="2">ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> </tr> </table>	បាទ ទេ		បាទ ទេ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំញាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។		ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។				
បាទ ទេ		បាទ ទេ																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
ខ្ញុំញាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។		ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។																											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																											
ខ្ញុំមាននរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។																											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																											
ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។																													

ទម្ងន់-ភ័ន្យ/អារម្ម ភាគរយ	កំពស់-សន្ទិម៉ែត្រ/អ៊ិន្ទ ភាគរយ	សម្ពាធឈាម
---------------------------	--------------------------------	-----------

ពិនិត្យមើលប្រព័ន្ធរាងកាយ ពិនិត្យមើលប្រវត្តិគ្រួសារ

ការពិនិត្យដំរើសទូទៅ:	MHZ	ខាងស្តាំ	ខាងឆ្វេង
សោតវិញ្ញាណ	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
ចក្ខុវិញ្ញាណ	ខាងស្តាំ 20/	_____	ខាងឆ្វេង 20/
	ធម្មតា	មិនធម្មតា	
ការជំលូតលាស់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ចិញ្ចាញយាម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
រំភើបចិត្តក្នុងសង្គម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
សុខភាពសតិអារម្មណ៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
រាងកាយ:	ធម្មតា	មិនធម្មតា	ធម្មតា
រូបរាងទូទៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ស្បែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក្បាល	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្នែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
គ្រូចៀក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ច្រមុះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បំពង់អាហារផ្នែកខាងលើ/ធ្មេញ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ថ្នាំប្រាម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ចូរប្រាប់អំពីការរកឃើញដែលខុសពីធម្មតានិងការអធិប្បាយ៖			

តមអាហារ _____

ការដេក _____

ពិនិត្យមើលឯកសារចាក់ថ្នាំការពាររោគ

Hgb/Hct _____ TB (រោគរមេង) ការបញ្ជូនទៅពេទ្យធ្មេញ

រោគឈាមមានកំរិតខ្លាំងច្រើន

ការសិក្សាផ្នែកសុខភាព: (ត្រូវយកអ្វីទាំងអស់ដែលបានពិភាក្សា/ដែលបានផ្តល់ឲ្យតាមការថែទាំក្រុមគ្រួសារផ្ទាល់ដៃ)

ចំណីអាហារចំរើន/ការរក្សាទំងន់ ការត្រួតមើលនៅម៉ោងក្រោយសាលា

សកម្មភាពហាត់ប្រាណរៀងរាល់ថ្ងៃ/កីឡា ខ្សែក្រវាត់កៅអី

មួកការពារក្បាល កិច្ចការពារមិនឲ្យមានរបួស/ស្បែកភាព ការដក់បារី

ថ្នាំញៀន/សុរា ជម្ងឺឆ្លងពីការរួមភេទ/មេរោគ HIV /ជម្ងឺអេដស៍

ការសិក្សាអំពីការរងរបួស/កាមរាត ការបង្កិតបង្កំសិស្សមធ្យម

អត្តឃាត/ការកើតទុក្ខព្រួយ កិច្ចថែទាំសុខភាពប្រព្រឹត្តិ ការពិនិត្យមើលសុខភាពដោយខ្លួន ឯង

ផ្សេងៗ: _____

ការប៉ាន់ប្រមាណ/ផែនការ: _____

ថ្នាំការពារដែលបានចាក់ឲ្យ

សេចក្តីបញ្ជូន

ការពិនិត្យមើលបន្ទាប់៖ អាយុ 16 ឆ្នាំ	ឈ្មោះរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព
ហត្ថលេខារបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការមើលសុខភាព	អាសយដ្ឋានរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព

ចូរមើលតាមវេជ្ជបញ្ជា

ភាពពេញវ័យរវាង៖ អាយុ 14 ឆ្នាំ

ការថែរក្សាសុខភាពរបស់អ្នកនៅអាយុ 14 ឆ្នាំ

ដំណាក់កាលសំខាន់

របៀបដែលអ្នកកំពុងធំលូតលាស់រវាងអាយុ 14 ឆ្នាំនិង 16 ឆ្នាំ ។

អ្នកគួរទទួលបានការពិនិត្យមើលសោតវិញ្ញាណនិងចក្ខុវិញ្ញាណដោយទៀងទាត់ ។ ចូរនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតនៅពេលទៅជួបពិនិត្យម្តងៗអំពីសុខភាពរបស់អ្នកនិងអំពីរាងកាយរបស់អ្នក ។ ឥឡូវនេះគឺជាពេលដើម្បីរៀនរបៀបរក្សាសុខភាពឲ្យនៅល្អ និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ បើអ្នកមានជម្ងឺផ្តាសាយ ការឈឺត្រចៀក ឬជម្ងឺផ្តាសាយធំ ។

អ្នកគួរទៅជួបពេទ្យធ្មេញរៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង ។ ចូរសួរពេទ្យធ្មេញអំពីការប្រែប្រួលអ្វីមួយនៅក្នុងធ្មេញ ឬសាច់ធ្មេញរបស់អ្នក ។ ការមានប្រហោងនៅក្នុងសាច់ធ្មេញរបស់អ្នកគួរត្រូវបានបង្ហាញចំពោះទាំងវេជ្ជបណ្ឌិតនិងពេទ្យធ្មេញ ។

ការធំលូតលាស់គឺរបស់បុគ្គលរៀងខ្លួន ។ ចូរសួរឪពុកម្តាយរបស់អ្នកពីពេលដែលពួកគេធំលូតលាស់ ។ ចំណុចនេះគឺអ្នកនឹងធំលូតលាស់ប្រហែលតាមរបៀបដូចគ្នានឹងឪពុកម្តាយរបស់អ្នកធំលូតលាស់ដែរ មិនមែនតាមរបៀបមិត្តភក្តិរបស់អ្នកធំលូតលាស់ទេ ។

ដើម្បីរកជំនួយប្រតិបត្តិការបន្ថែម

សំរាប់ព័ត៌មានអំពីកិច្ចការពារការធ្វើអត្តឃាត ចូរទាក់ទង៖
National Crisis Helpline 1-800-999-9999
ឬទូរស័ព្ទប្រចាំការ Boys Town National Crisis Line
1-800-448-3000 ។

ព័ត៌មានអំពីកាមរាគសំរាប់ក្មេងជំទង់៖

www.teenwire.com ។

សំរាប់ព័ត៌មានអំពីក្មេងជំទង់ខ្មើយនិងក្មេងជំទង់ដែលស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ចូរទាក់ទង៖ ឪពុកម្តាយ គ្រួសារ និងមិត្តនៃជនស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នានិងមនុស្សខ្មើយ (PFLAG - Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays) www.pflag.com ឬ 202-467-8180 ។

សំរាប់ការបរិភោគខុសប្រក្រតី ចូរទាក់ទង៖
www.allabouteatingdisorders.com.

សំរាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរសុខភាពសំរាប់ក្មេងជំទង់ដែលមានសេចក្តីត្រូវការពិសេសផ្នែកសុខភាព/ពិការភាព៖
<http://depts.washington.edu/healthtr/>

កិច្ចការដែលមានសុខភាពដែលអ្នកអាចធ្វើបាន

ការហាត់ប្រាណ ទោះបីជាការបន្ថែមលើថ្នាក់ហាត់កីឡានៅសាលាគឺជាការសំខាន់ ។ រឿងនេះគួរតែធ្វើជាទម្លាប់ធម្មតាដូចការដុសធ្មេញរបស់អ្នកដែរ ។

ចំណីអាហារមានសុខភាពជាការសំខាន់ ។ អ្នកត្រូវការចំណីពិសេសដើម្បីការធំលូតលាស់ក្នុងរយៈពេលពេញជំទង់របស់អ្នក ។ អ្នកអាចធ្វើឲ្យខូចជាទម្ងន់ដល់រាងកាយរបស់អ្នកដោយការតមអាហារ ។

បើអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីបញ្ហាទម្ងន់របស់អ្នក ចូរសួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ។ មានតារាងដែលអាចផ្តល់ឲ្យអ្នកទំនង់ត្រូវសំរាប់កំពស់របស់អ្នក ។ នៅក្នុងអាយុនេះ ការតមចំណីដើម្បីឲ្យចុះទំនង់គួរត្រូវគេធ្វើដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬគិលានុបដ្ឋាក-យិកាតែប៉ុណ្ណោះ ។ ហាត់ប្រាណចំណីមានសុខភាព និងចំណីញ៉ាំកំដរបន្តិចបន្តួចគឺជាវិធីល្អបំផុតដើម្បីឲ្យចុះទំនង់ ។

ក្មេងជំទង់អាចមានមនោសញ្ចេតនាច្រើនណាស់ ។ បញ្ហានេះគឺជាផ្នែកនៃដំណើរការធំលូតលាស់ ។ អ្នកអាចរៀនដើម្បីទប់ទល់ភាពតានតឹងនិងកំហឹង ។ អ្នកអាចទៅរៀននៅថ្នាក់ជាមួយមិត្តភក្តិ ឬជាមួយឪពុកម្តាយរបស់អ្នកដើម្បីរៀនពីជំនាញការដោះស្រាយទំនាស់ ។

មនុស្សគ្រប់គ្នាមានអារម្មណ៍ទុក្ខព្រួយនៅពេលខ្លះ ។ វាជាបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរ បើអារម្មណ៍ទុក្ខព្រួយនេះនៅជាប់លើសពីអារម្មណ៍ ។ បើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកស្គាល់ មានសញ្ញាជាច្រើនដូចតទៅនេះ ចូរទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬរកអ្នកឲ្យជំនួយ ។

- ការកែប្រែដែលអាចកត់សំគាល់បាននៅក្នុងទម្លាប់បរិភោគ ឬគេង ។ ពួកគេកើនឬចុះទំនង់ ។ ពួកគេបើមិនអាចដេកបានគឺដេកគ្រប់ពេលវេលា ។
- ការប្រែប្រួលបុគ្គលិកលក្ខណៈក្នុងពេលដ៏ខ្លី ឬអាកប្បកិរិយាដែលគ្មានពាក្យពន្យល់ ធម្មតាធ្ងន់ធ្ងរ យោរយោបារម្ភដើម្បីជួលចលាចល ។
- ចេញឆ្ងាយពីគ្រួសារឬមិត្តភក្តិ រត់ទៅឆ្ងាយ តែងតែជញ្ជូនទ្រាន់និង/ឬពិបាកផ្តង់អារម្មណ៍និង/ឬការមិនខ្វល់ខ្វាស់ពីធម្មតាអំពីរូបភាព ។
- ប្រើថ្នាំញៀននិង/ឬសុវារហ្សូសកិរិត ។
- ការចុះអន់ខ្សោយគុណភាពកិច្ចការសាលាដោយគ្មានពាក្យពន្យល់ ។
- ផ្តោតអារម្មណ៍លើអត្ថបទនៃសេចក្តីស្លាប់ ឲ្យទ្រព្យសម្បត្តិទៅគេង ។
- និយាយអំពីប្តីកំរាមកំហែងថាធ្វើអត្តឃាត ឬធ្វើផែនការ ទោះបីជានិយាយលេងក្តី ឬព្យាយាមសម្លាប់ខ្លួនឯង ឬអ្នកឯទៀត ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

ការប្រើឧបករណ៍រក្សាសុខ ម្នាក់ការពារក្បាល ទ្រទាប់ និងពាក់ខ្សែក្រវាត់កោអិ គឺជារឿងសំរាប់មនុស្សធំធ្មេញ ។ ចូររំលឹកមិត្តរបស់អ្នក ។